FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

1099

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Madame HEBREARD, née BOUTUR, Colette, Marie-Jeanne

à NOTRE-DAME-DE-GRAVENCHON

(Seine-Maritime) le 29.11.36

ETUDE DU TRAITEMENT DE LA DEBILITE DES VOIES RESPIRATOIRES DE L'ENFANT PAR LE "PHTALAMATE D'AMMONIUM"

Président : Monsieur le Professeur CATHALA

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538121_0030

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Madame HEBREARD, née BOUTUR, Colette, Marie-Jeanne

à NOTRE-DAME-DE-GRAVENCHON
(Seine-Maritime) le 29.11.36

ETUDE DU TRAITEMENT

DE LA DEBILITE DES VOIES RESPIRATOIRES DE L'ENFANT

PAR LE "PHTALAMATE D'AMMONIUM"

Président : Monsieur le Professeur CATHALA

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)

Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F.d
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants Malades)		CATHALA (J.)

	MM.
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENEGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIE (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SEZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent de Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

MM.

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	Cabrol (C.) Couinaud (C.) Gillot (C.) Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Gauthier-Villars (M^le P.) pr. s. ch. Abelanet (R.) Busser (F.) Chomette (G.) Gouygou (Ch.) m. conf. Nezeloff (Ch.) Orcel (L.) Paillas (J.)
Anesthésiologie	Kern (E.) Vourc'h (G.)
Bactériologie	Barbier (P.) Christol (D.) Le Minor (L.) Tournier (P.)
Biochimie médicale	Baulieu Et. m. conf. Bourillon (R.) Cartier (P.) Dreyfus (J.-Cl.) Gonnard (P.) Kruh (J.) Jerome (H.)
Biologie appliquée à l'Education physique & Sports	Plas (F.)

	MM.
Carcinologie	Boiron (M.) Denoix (P.) Mathé (G.) Seligmann (M.)
Dermato-Syphiligraphie	Civatte (J.) Duperrat (B.)
Electro-radiologie	Ledoux-Lebard (G.)
Hématologie	Bessis (M.) Bilski-Pasquier (G.) Dausset (J.) Duhamel (G.)
Histologie	Coujard (R.) pr. s. ch. Marois (M.) Racadot (J.)
Hydrologie	Besançon (F.) Cornet (A.)
Hygiène	Boyer (J.) pr. s. ch. Blancher (G.) Corre-Hurst (M^me L.) Sapin-Jaloustre (H.)
Maladies infectieuses	Bastin (R.) Dupont (V.)
Médecine légale	Derobert (L.) pr. s. ch. Fournier (E.) Gueniot (M.) Hadengue (A.)
Médecine du travail	Albahary (C.)

Neuro-chirurgie	Pertuiset (B.)
Obstétrique	Granjon (A.)
	Hervet (E.)
	Le Lorier (G.)
	Lévy (J.)
	Morin (P.)
	Musset (R.)
	Robey (M.)
	Seneze (J.)
	Sureau (C.)
	Thoyer-Rozat (J.)
Ophtalmologie	Brégeat (P.)
	Dubois (A.)
	Saraux (H.)
Orthopédie	Judet (R.)
	Meary (R.)
	Postel (M.)
	Ramadier (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	Debain (J.)
	Pialoux (P.)
Parasitologie	Golvan (Y.)
	Lapierre (J.)
Pathologie chirurgicale	Barcat (J.)
	Binet (J.-P.)
	Cauchoix (J.)
	Cerbonnet (G.)
	Chatelin (C.-L.)
	Dubost (Ch.)
	Dubost (Cl.)
	Faurel (J.)
	Flabeau (F.)
	Garbay (M.)
	Garnier (H.)
	Gaudart d'Allaines
	Germain (A.)
	Lataste (J.)
	Levêque (B.)
	Loygue (J.)
	Mercadier (M.)
	Natali (J.)
	Pellerin (D.)
	Perrotin (D.)
	Robert (H.)
	Thomeret (G.)
Pathologie exotique	Schneider (J.)
Pathologie expérimentale	Benhamou (J.-P.)
	Berthaux (P.)
	Boivin (P.)
	Crosnier (J.)
	Hartmann (L.)
	Lœper (J.)
	Maurice (J.)
	Mikol (Cl.)
	Richet (G.)
Pathologie médicale	Aussannaire (M.)
	Bouvier (J.)
	Bouvrain (Y.)
	Bricaire (H.)
	Brissaud (H.)
	Brocard (H.)
	Buge (A.)
	Catinat (J.)
	Chrétien (J.)
	Coblentz (B.)
	Contamin (F.)
	Coury (C.)
	Etienne (J.-P.)
	Frezal (J.)
	Fritel (D.)
	Hennequet (A.)
	Himbert (J.)
	Housset (E.)
	Laroche (Cl.)
	Lesobre (R.)
	Macrez (C.)
	Moreau (L.)
	Nick (J.)
	Royer (P.)
	Tourneur (R.)
	Wolfromm (R.)
Pédiatrie-Puériculture	Joseph (R.)
	Lafourcade (J.)
	Lepercq (G.)
	Mande (R.)
	Mozziconacci (P.)
	Polonovski (C.)
	Rossier (A.)
	Vialatte (J.)

	MM.
Pharmacologie	Boissier (J.) Lechat (P.)
Physiologie	Barres (G.) Dejours (P.) Durand (J.)
Physique médicale	Girard m. conf. Hugelin (A.) Scherrer (J.) Chanteur (J.) Gougerot (L) m. conf. pr. s. ch. Gremy (F) m. conf. Milhaud (G.) Pellerin (P.) Roucayrol (J.-Cl.) Tubiana (M) m. conf.
Pneumo-phtisiologie	Kreis (B.) Meyer (A.) Renault (P.)

	MM.
Psychiatrie	Pichot (P.)
Psychiatrie infantile	Deniker (P.) Duche (D.) Flavigny (H.) Lapresle (J.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)
Stomatologie	Cernea (P.) Chaput (Mme A.) m. c. agr. Grellet (M.)
Thérapeutique	Chassagne (P.) Lamotte (M.) Marche (J.)
Urologie	Auvert (J.) Moulonguet (A.) Quenu (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	Debeyre (J.)
Clinique chirurgicale	Aboulker (P.) Amfline (A.) pr. s. ch. Verne (J.-M.)
Clinique médicale	Perrault (M.) Rambert (P.) Thieffry (S.)
Clinique obstétricale	Grasset (J.) Mayer (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	Desvignes (P.) Offret (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	Maduro (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	Laplane (R.)
Clinique psychiat.	Baruk (H.)
Clinique urologique	Kuss (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	Hauduroy (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	Rudler (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	Boltanski (E.) Launay (C.)
Secrétaire général de la Faculté	M. Léna (J.)
Secrétaire principal	Melle Chaintreuil (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur Hahn (A.)
Conservateur	Melle Dumaitre (P.)
Bibliothécaires	Mmes Contet (J.), Forget (F.) Mlles Laurent (H.), Le Noir (G.) Quiévreux (E.)

A mon mari,

A mes parents, beaux-parents et amis

A mon Président de Thèse,

Monsieur J. CATHALA, Professeur à la chaire de Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades),

avec ma reconnaissance et mes plus respectueux remerciements.

Au Docteur COMBES-HAMELLE,
Médecin-Chef,
et aux Médecins assistants
de la Fondation Paul Parquet,

avec toute ma gratitude pour l'aide qu'ils m'ont apportée à la rédaction de cette Thèse.

Au Docteur COUVE,
Médecin-Directeur,
et aux Médecins assistants,
du Centre de Protection Infantile de Bullion,

avec mes plus sincères remerciements pour les facilités qu'ils m'ont données et le concours qu'ils m'ont prêté pour l'élaboration de ce travail.

Au Docteur PEPIN,

que je remercie de sa collaboration.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - ETUDE CHIMIQUE ET PHARMACOLOGIQUE DU PHTALAMATE D'NH4

1 - Chimie

2 - Propriétés pharmaco-dynamiques

3 - Utilisation

III - ESSAIS THERAPEUTIQUES ANTERIEURS

1 - Chez l'adulte

2 - Chez l'enfant

IV - EXPERIMENTATION PERSONNELLE

1°- A la Fondation Paul Parquet

- Communication des observations
- Discussion.

2°- Au centre de Protection Infantile de Bullion

A - Chez les enfants de 0 à 30 mois

- Communication des observations d'enfants traités
- Communication des observations des témoins
- Discussion et résultat.

B -- Chez les enfants de 3 à 6 ans

- Communication des observations des sujets traités
- Communication des observations des témoins
- Discussion et résultat.

V - CONCLUSIONS GENERALES.

I - INTRODUCTION

Les Rhino-trachéo-bronchites hivernales sont très fréquentes chez le jeune enfant et témoignent d'une fragilité particulière des voies respiratoires.

En effet, le terrain a un rôle prédominant dans les affections de l'arbre bronchique. Si l'on prend le cas d'une collectivité d'enfants placés dans des conditions de logement, climat, surveillance médicale, soins d'hygiène et d'alimentation identiques, on constate que certains d'entre eux font de fréquentes rhino-trachéo-bronchoses, alors que les autres restent indemnes de toutes manifestations respiratoires. La raison est évidente : certains enfants, comme certains adultes d'ailleurs, présentent une déficience de l'arbre respiratoire, une sensibilité exagérée de celui-ci à toutes excitations extérieures, microbiennes ou virales, si minimes soient-elles.

Certes, ces manifestations respiratoires guérissent bien, et ce n'est qu'exceptionnellement, tout au moins chez les jeunes enfants, que des complications suppuratives ou bronchectasiques peuvent se voir, contrairement aux cas de l'adolescent ou de l'adulte, où, comme le montre le Pr. FREOUR l'asthme peut apparaître.

Cependant, ces manifestations infectieuses retardent le développement de l'enfant, tant au point de vue - psychomoteur (où l'isolement boxé est indispensable au cours des bronchites, en collectivité du moins) que
- physique (un enfant fréquemment infecté est asthénique, anorexique et sa croissance s'en trouve perturbée) ou
- intellectuel (les nombreux arrêts dus à ces maladies ne peuvent que retarder la carrière scolaire). Il importe donc et à fortiori dans le cadre de la collectivité (cette dernière payant le plus lourd tribut à toutes les infections), d'essayer de modifier le terrain fragile de certains enfants vis-à-vis de ces affections saisonnières.

Nous ne ferons que citer toutes les thérapeutiques déjà employées à cet effet et qui, si elles ont paru donner à certains moments quelques espoirs, se sont toutes plus ou moins révélées par la suite d'efficacité incertaine et irrégulière.

La première place revient certes à :

- la Climatothérapie : stations éloignées des agglomérations où la pollution est importante, à l'abri du vent et de l'humidité parmi lesquelles nous citerons : Villard de Lans, Font-Romeu. Comme le Docteur Mouliès de Bordeaux, nous déconseillerons les régions côtières, car l'amélioration que l'on peut noter à l'arrivée n'est guère durable, et les saisons ultérieures sont encore bien souvent plus pénibles pour l'enfant sur le plan bronchique.

Vient ensuite :

- la crénothérapie : c'est ici aux eaux sulfo-arsenicales (St-Honoré-les-Bains) et sulfureuses (Luchon, Cauterets) que nous aurons recours, car elles agissent en stimulant le pouvoir défensif des muqueuses respiratoires vis-à-vis des agressions.

Associées à ces moyens thérapeutiques, quelques médications méritent d'être notées :

- l'iode
- le soufre
- les vitamines A, D ou B_{12}
- la vaccinothérapie : Lantigène per os aux résultats bien décevants chez l'enfant de plus de deux ans.

C.C.B. de l'Institut Pasteur par voie parentérale qui possède à son actif quelques succès à l'âge préscolaire, mais qui a les inconvénients de toutes injections parentérales répétées.

- la désensibilisation spécifique dont il est inutile de souligner les difficultés d'application surtout chez le nourrisson.
- les dérivés cortisoniques : s'ils présentent un intérêt indiscutable sur la participation allergique ou inflammatoire des rhino-trachéo-bronchites, ils ne modifient en rien la débilité même de la muqueuse. D'autre part, leur utilisation répétée n'est pas sans danger.
- le complexe histamino-globuline, étudié par Mouliès, ne se montre d'efficacité certaine que sur les manifestations asthmatiques des affections respiratoires, et encore d'une façon irrégulière.

D'autres thérapeutiques seraient encore à citer, mais elles présentent toutes, à côté d'avantages certains, des inconvénients notables.

Devant l'importance de ce problème, nous avons été intéressé par les essais du Docteur Mouliès de Bordeaux : Le traitement de la débilité des voies respiratoires chez l'enfant par le Phtalamate d'Ammonium.

A la suite de ses travaux et expériences voisins de nombreux auteurs qui ont utilisé le produit chez l'adulte, il nous est apparu intéressant de poursuivre l'expérimentation de ce médicament.

Cette étude nous l'avons pratiquée dans deux collectivités infantiles de la région parisienne groupant des enfants d'âge assez proche mais d'antécédents pathologiques souvent très différents.

- d'une part, la Fondation Paul Parquet de Neuilly-sur-Seine, dont le médecin-chef, le Docteur COMBES-HAMELLE, nous a très aimablement apporté sa collaboration.

- d'autre part, le Centre de Protection Infantile de Bullion, où nous avons pu, grâce au Docteur COUVE, médecin-directeur, traiter et suivre un assez grand nombre d'enfants.

Nous remercions les Laboratoires Cortial d'avoir bien voulu mettre à notre disposition le Phtalamate d'Ammonium (Spirogène) nécessaire à ces essais.

II - ETUDE CHIMIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

1 - CHIMIE.

Le Phtalamate d'ammonium dont la formule est la suivante :

$$\begin{matrix} CONH_2 \\ COONH_4 \end{matrix}$$

est le dérivé soluble de l'acide O-phtalamique C_6H_4 $\begin{matrix} COOH \\ CONH_2 \end{matrix}$ dont les propriétés respiratoires s'étaient révélées intéressantes sur l'animal.

L'adjonction à cet acide d'un cathion NH_4, lui-même excitant respiratoire, ne pouvait qu'augmenter l'effet thérapeutique de l'acide O-phtalamique.

Les études pratiquées par P. Desgrez, H. Schmitt, le professeur Quevauviller et Mme S. Jarget ont montré que la toxicité du Phtalamate d'ammonium était pratiquement nulle, tant chez l'animal que chez l'homme. Son élimination est assez rapide et son accumulation, lorsque la dose prescrite et la durée du traitement l'entraînent, est dépourvue de tout effet toxique.

2 - PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES.

Les études pratiquées par le Professeur Quevauviller sont les suivantes :

- chez le chien chloralosé, l'injection I.V. de Phtalamate d'ammonium entraîne une augmentation transitoire du rythme et de l'amplitude des mouvements respiratoires.

- chez le lapin déprimé par la morphine, l'injection I.V. de 0,10 g par kilo de phtalamate d'ammonium entraîne une augmentation du rythme respiratoire de 5 %.

- chez le chien en apnée totale, après injection de 4 cg d'héroïne, P. Desgrez et Schmitt ont provoqué une réapparition transitoire des mou-

vements respiratoires, action pouvant d'ailleurs être renouvelée.

Le phtalamate d'ammonium a donc une action eupnéique, il se conduit chez l'animal comme un analeptique respiratoire.

Par ailleurs, comme l'a montré le Professeur Quevauviller, étant donné le manque d'action complet du produit sur le bronchospasme acétylcholinique du cobaye, donc sur la musculature bronchique, son action paraît être centrale. Il agirait par excitation des centres bulbaires respiratoires. Des études sont en cours à ce sujet.

De nombreux essais pratiqués dans des services de pneumophtisiologie d'adultes et d'enfants semblent confirmer l'action eupnéisante du produit. On a noté en effet chez l'adulte, sous l'action du médicament :

- une diminution de la dyspnée
- un ralentissement du pouls
- une stabilisation de la T. A.

L'augmentation de la ventilation pulmonaire n'a pu être affirmée.

Le Phtalamate d'ammonium semblerait donc avoir une action régulatrice sur les centres bulbaires respiratoires et le système nerveux extrinsèque du coeur.

En outre, le Phtalamate d'ammonium n'a jamais entraîné, lors de son administration même prolongée, aucun trouble ni digestif, cutané, nerveux ou cardiaque (ni chez l'animal, ni chez l'homme).

P. Desgrez avait signalé chez le chien un léger effet hypotenseur. Nous suivrons la tension artérielle de nos enfants, au cours de l'expérimentation.

Nota : Des toutes dernières expériences pratiquées par le Dr. Milochevitch au Centre d'Exploration fonctionnelle de l'Hôtel-Dieu, il apparaît que le phtalamate d'ammonium n'a aucune action excito motrice sur le centre bulbaire.

En effet le Dr. Milochevitch n'a remarqué sous traitement par le Phtalamate d'ammonium aucune modification

- du calibre bronchique
- de la ventilation pulmonaire

: la consommation d'oxygène
la consommation de gaz carbonique
le quotient respiratoire sont inchangés.

Toutefois, il ne nous est pas permis, à l'heure présente, de préciser le mode d'action exacte du produit :

- protection de la muqueuse bronchique
ou désensibilisation non spécifique,

la question reste posée et des études se poursuivent à ce sujet.

3 - UTILISATION.

Nous avons utilisé une solution aqueuse du produit à 15%. Les doses employées sont les suivantes :

- de 4 à 6 cuillerées à café par jour selon l'âge (3 à 4,5 grammes par jour)

de la solution précédemment citée.

Chez l'adulte, les doses utilisées étaient de :

- 6 à 8 grammes par jour

par voie orale ou parentérale.

Mais l'innocuité absolue du produit laisse toute possibilité thérapeutique éventuelle. Notamment, les dosages uréïques sanguins n'ont jamais montré de hausse notable de l'urée par apport de phtalamate d'Ammonium. Les apports azotés qu'il entraîne restent notablement inférieurs à ceux notés sous traitement par mandelate d'ammonium reconnu d'innocuité certaine.

III - ESSAIS THERAPEUTIQUES ANTERIEURS

1 - CHEZ L'ADULTE.

- Le Professeur RAMBERT a étudié l'action du Phtalamate d'ammonium dans plusieurs cas de dyspnée permanente ou paroxytique d'origine pulmonaire, sans insuffisance cardiaque surajoutée. Ses conclusions sont les suivantes : "Résultats favorables dans les emphysèmes purs et certains emphysèmes de sclérose pulmonaire, ainsi que dans les dyspnées des obèses.
Résultats moins constants mais parfois excellents dans certaines scléroses pulmonaires et la silicose.
Dans la tuberculose pulmonaire, résultats inconstants chez les malades gravement atteints.
Chez les quelques asthmatiques traités, atténuation appréciable des crises traitées au début..."

Ces résultats ont été obtenus par l'emploi de Phtalamate d'Ammonium, per os ou I.V., aux doses précédemment citées, sans jamais provoquer aucune manifestation cardiovasculaire notable, ni intolérance digestive.
"Dans l'ensemble, conclut le Professeur RAMPERT, l'action eupneïsante du Phtalamate d'Ammonium paraît bien établie".

- Le Docteur Ch. MEYER, médecin-chef du sanatorium de Liancourt, a prescrit du Phtalamate d'ammonium dans de nombreux cas de dyspnée paroxistique ou continue, avec signes bronchiques d'auscultation.

Dans bien des cas, le Phtalamate d'Ammonium s'est révélé être un analeptique respiratoire à action assez rapide.

De ces observations, il ressort que le médicament parait avoir une action certaine sur la dyspnée pulmonaire, mais est sans action aucune sur le pseudo-asthme cardiaque.

Le Docteur Ch. MEYER a surtout eu recours au produit dans les cas de dyspnée asthmatiforme typique ou subintrante, et ses succès, guérison ou atténuation des crises et amélioration de la gêne respiratoire permanente, sont dus à l'emploi des injections I.V. La voie buccale est souvent restée sans effet.

- Le Docteur DUHAMEL, chef de clinique du service de pneumo-phtisiologie de Vannes, a employé le Phtalamate d'Ammonium en association à la delta-cortisone dans les dyspnées asthmatiformes. Ses conclusions sont les suivantes :

1) chez certains malades, pour lesquels il fallait augmenter régulièremen les corticoïdes, on a pu obtenir, grâce à l'adjonction de Phtalamate d'Ammonium, une disparition des crises, tout en diminuant les doses d'hormones de moitié.

2) chez d'autres malades, l'association phtalamate d'Ammonium, hormones, employée d'emblée, a retardé l'accoutumance à la delta-cortisone, et l'a même pour certains supprimée (les doses de cortisone ont ainsi été maintenues basses sans aggravation clinique).

Cependant, l'expérimentation fut incomplète, car de trop courte durée.

En conclusion, le Docteur DUHAMEL précise :

"En dehors de l'asthme, dans les cas de sclérose avec dyspnée, la delta-cortisone est indiquée pour lutter contre la sclérose, le Phtalamate d'Ammonium contre la dyspnée".

- En outre, en association avec les Docteurs BARNIER et PERRON, le Docteur DUHAMEL traita 132 asthmatiques par le Phtalamate d'Ammonium.

Ses résultats sont les suivants :

- Asthmes secs	Guérison :	50 %
	Amélioration :	29 %
	Echec :	21 %
- Asthmes humides	Guérison :	40 %
	Amélioration :	35 %
	Echec :	25 %
- Asthme associé à d'autres lésions	Guérisons:	22 %
	Amélioration :	45 %
	Echec :	33 %

De ces observations, il résulte que le Phtalamate d'Ammonium semble plus actif sur les asthmes secs que sur les asthmes avec suppuration. Elles précisent également que l'action est lente à se manifester : 25 jours, 3 semaines, 1 mois; cette lenteur semble due à une accumulation nécessaire du produit. Il ne s'agit donc pas d'un traitement de la crise, mais d'un modificateur du terrain. De ces expériences, les 3 auteurs ont essayé de définir le mode d'action du Médicament.

Trois hypothèses sont émises :

- 1°) si l'asthme est considéré comme une maladie de l'hyperadaptation de Selye, le rôle favorable serait joué par l'ion "ammonium".
- 2°) action excitante directe sur le bulbe due à l'ensemble du produit (Cf. pharmaco).

- 3°) action indirecte par déclenchement de microchocs sous l'effet du Phtalamate d'Ammonium.

En résumé : "Résultats très satisfaisants, non seulement au cours des asthmes secs sans dyspnée entre les crises, mais aussi dans les cas de sclérose bronchique". Cependant, insiste le Docteur DUHAMEL "il s'agit d'un traitement dont l'obstination dans la persistance est un gros gage de succès". C'est un traitement de fond, semble-t-il du terrain asthmatique.

2 - CHEZ L'ENFANT

Mis à part l'emploi de Phtalamate d'Ammonium comme traitement de l'anoxie néo natale en injection dans la veine du cordon d'une ampoule de 5 ml ou en S/C, emploi non confirmé sur un plan assez étendu pour pouvoir être considéré avec intérêt, c'est au Docteur Mouliès de Bordeaux que revient le mérite d'avoir le premier employé le Phtalamate d'Ammonium chez l'enfant.

Le Docteur Mouliès a traité entre les mois de novembre 1959 à mars 1960 : 99 enfants âgés de 4 à 10 ans, par le Phtalamate d'Ammonium en Association à divers traitements, le plus souvent soufrés.
Sur ces 99 enfants :

- 43 présentaient une nette débilité des voies respiratoires, traduite cliniquement par des rhino-trachéo-bronchites à répétition pendant les périodes hivernales.
- 56 présentaient des asthmes typiques, asthmes étant fréquemment survenus sur un terrain bronchique déficient.

Chez la plupart de ces enfants, où les traitements antérieurs d'iode, soufre créno ou climatothérapie n'avaient aucun résultat, l'adjonction de phtalamate d'ammonium a entraîné les résultats suivants :
Sur les 41 catalogués comme débiles respiratoires

- 31 n'ont plus fait aucune manifestation respiratoire,
- 8 ont été considérablement améliorés,
- 2 n'ont vu qu'une très légère amélioration de leur état respiratoire et furent considérés comme un échec.

De ces études, le Docteur Mouliès conclut :
que, si le phtalamate d'ammonium a certes, une action indiscutable sur le terrain, il est nécessaire de l'administrer pendant plusieurs mois per os, afin que son action soit maxima; cette dernière ne pouvant avoir lieu que s'il y a une accumulation du produit dans l'organisme.

Cet auteur souligne ainsi la nature allergique de la plupart des rhino-trachéo-bronchites infantiles et le rôle du terrain déficient.

Cependant, pour lui comme pour Tardif, le traitement préventif des rhino-trachéo-bronchites infantiles de l'enfant ne doit pas se borner à une seule thérapeutique.

IV - EXPERIMENTATION PERSONNELLE

C'est afin d'élargir l'expérimentation infantile que nous avons utilisé le produit dans deux collectivités de jeunes enfants.

Il importe de préciser pour chacune de ces fondations les conditions dans lesquelles s'y trouvent les enfants.

1°- A LA FONDATION PAUL PARQUET

La Fondation Paul Parquet est un établissement situé en bordure de la Seine à Neuilly-sur-Seine, jouissant donc d'un climat parisien type, aéré, un peu humide par la proximité du fleuve et assez pollué par les poussières et les fumées avoisinantes.

On y reçoit près d'une centaine d'enfants de 0 à 30 mois venant des hôpitaux parisiens. Ces enfants sont indemnes de toute manifestation tuberculeuse (cuti- ou + mais après B.C.G.) et sont envoyés à la Fondation :

- soit au décours d'une affection aiguë de quelque nature qu'elle soit et qui nécessite une surveillance médicale suivie et rigoureuse.
- soit atteints d'une malformation congénitale : cardio-vasculaire, pulmonaire, nerveuse, rénale ou autre et dont l'évolution est entachée d'incidents parfois gravissimes nécessitant un placement sous contrôle médical.
- une troisième catégorie d'enfants sont ceux, qui, atteints au cours des premiers mois de leur vie d'une affection chronique attendent à la Fondation pendant quelques mois leur placement au centre plus spécialisé

C'est à la suite des travaux du Docteur Mouliès sur la débilité des voies respiratoires traitée par le Phtalamate d'Ammonium, que nous avons appliqué cette thérapeutique à certains de ces enfants présentant une déficience de muqueuses respiratoires traduite cliniquement par des bronchites et rhino-trachéo-bronchites prépétées.

Envisageons ces quelques cas :

Observation n° 1 - Enfant V... Pierre
Né à terme, pesant 2.200g, de parents éthyliques ++
- entré à Paul Parquet en Août 1960 (17.8.60) 3 mois
Poids 3.200g - Hypotrophie sévère (-44%)

- jusqu'au 10.12.60 :
progression lente mais régulière : R.A.S.
- le 10.12.60
rhinite avec fort jetage nasal
apparition d'une respiration légèrement asthmatiforme permanente
- du 1° au 14.1.61 :
respiration idem + toux quinteuse = traitements banaux
- le 12.2.61
respiration asthmatiforme +++ avec tirage sus et sous sternal malgré le traitement : Ozothine, eucalyptine, pénicilline, théralène, aucune amélioration n'est notée.
L'enfant fait de fréquents épisodes de bronchites avec respiration asthmatiforme.
- le 11.4.61 :
l'enfant est mis au traitement phtalamate d'ammonium alterné avec sulfo-thiorine-méthionine.
- le 18.4.61 :
respiration toujours asthmatiforme.
- le 23.6.61 : respiration normale.
- sortie le 5.7.61 : R.A.S.
Cet enfant qui présentait des bronchites fréquentes de type asthmatiforme n'a manifesté aucun trouble respiratoire sous traitement par le phtalamate d'ammonium et sulfo-thiorine. Il ne nous a pas été permis de le suivre ultérieurement à sa sortie.

Observation n° 2 - Enfant C... Michel
Prématuré 7 mois - Poids naissance 1.550 g
jumeau - Débile + souffle systolique.
Fréquentes infections respiratoires avec cyanose et dyspnée entre lesquelles la respiration reste rapide et sifflante.
- Entrée Paul Parquet : décembre 1960 : 8 mois : 7,200 kg
- le 12.1.61 :
bronchite asthmatiforme - température : 38°7
traitement Eucalyptine - Pénicilline.
- le 13.1.61 :
gêne respiratoire +++, température élevée
Cortancyl pendant 6 jours, Tetracyne
- Essouflement assez notable.
- le 20.1.61 :
guérison mais avec persistance d'une respiration asthmatiforme;
traitement : sulfothiorine-méthionine
- le 28.1.1961 :
bronchite asthmatiforme avec gêne respiratoire +++
température élevée = Tétracyne Oléandomycine + Cortancyl

- le 29.1.61 :
  accroissement de la gêne respiratoire, cyanose transitoire = aérosols Trypsine
- le 30.1.61 :
  foyer infectieux de la moitié inférieure du poumon G
  gros signes d'auscultation - Cyanose = Pénicilline + Streptomycine.
- le 5.2.61 :
  guérison = traitement par sulfothionine-méthionine.
- le 12.2.61 :
  température - toux +++ - tirage sus-sternal
  battements des ailes du nez
  respiration asthmatiforme +++ = Cortancyl repris + antibiotique
  disparition des signes fonctionnels en 4 jours mais persistance d'une gêne respiratoire importante = traitement antibiotiques prolongé.

Devant ces symptômes répétés, le diagnostic de "fibrose du pancréas" est évoqué. Diagnostic rejeté après divers examens pratiqués à Saint Vincent de Paul. Par contre, la respiration du type asthmatiforme est notée sans interruption, avec des épisodes de dyspnée importante. L'étiquette d'asthme allergique vraisemblable est portée (sans aucun critère affirmatif).

- le 27.4.61 :
  Phtalamate d'ammonium alterné avec la sulfothionine.
- le 6.6.61 :
  nette amélioration de la respiration.
- le 6.7.61 : auscultation normale.

Aucun incident pulmonaire n'est signalé entre les mois de mai et fin Juillet : sortie de l'enfant.

Cet enfant semble donc avoir favorablement bénéficié du traitement par le Phtalamate d'ammonium.

Ici, il est plus difficile, que dans le cas précédent de rendre le sulfothiorine responsable de l'amélioration, étant donné qu'à 2 reprises déjà l'enfant en avait reçu sans résultat.

Observation n° 3 - C... Jean-Claude

Né à terme - Poids naissance 3.740 g.

- Entré Paul Parquet : Janvier 1961, 7 mois, poids 8.060 g après hospitalisation pour toux +++ avec cyanose chez l'enfant présentant des rhino-trachéo-bronchites à répétition sur un fond d'asthme.
- à l'entrée : respiration bruyante asthmatiforme très encombrée.
- Extencilline 600.000 u tous les mois.

Fréquents épisodes rhino-trachéo-bronchiques

- Fin février : bronchite ++
  puis persistance d'une respiration sifflante décelable cliniquement.
  Cependant, reprise de la courbe pondérale un peu stagnante pendant les premières semaines.

- le 8.3.61 : Phtalamate d'ammonium alterné avec sulfothiorine.
- le 9.4.61 :
  cliniquement : amélioration de la respiration asthmatiforme.
  Persistance de quelques râles sibilants à l'auscultation.

Puis, à partir de mi-avril : R.A.S.
L'enfant sort en mai avec un bon état général et auscultation normale.
Chez cet enfant également l'association phtalamate d'ammonium-soufre semble avoir donné de bons résultats. On a noté de plus chez lui une augmentation de poids plus importante après le début du traitement qu'avant.

Observation n° 4 - R... Pascal
A terme - 2.450 g
- Entré Paul Parquet : Août 1961 = 10 mois : 6.200 g

Dyspnée asthmatiforme par crises nettes depuis janvier 1961 = hospitalisation Enfants Malades.
- à l'entrée à la Fondation :

léger tirage sus-sternal, intercostal et épigastrique.
- le 8.9.61 :
  rhino-trachéo-bronchite
- le 29.9.61 :
  pas de tirage mais respiration très rude = traitements banaux.
- le 10.10.61 :
  respiration rude ++ à gauche = traitements banaux
- le 23.10.61 :
  respiration asthmatiforme ++ = Phtalamate d'ammonium et sulfothiorine
- le 31.10.61 :
  persistance d'une respiration rude, légèrement asthmatiforme
- le 2.11.61 :
  Gêne respiratoire notable. Respiration asthmatiforme = antibiotique.
- le 8.12.61 :
  respiration normale
- le 21.12.61 :
  arrêt de la sulfothiorine. On continue le phtalamate d'ammonium seul
- le 12.1.62 :
  Bronchite sans signe majeur (épisode grippal dans la salle)
  = traitement banal.
- le 23.1.62 : auscultation normale.
  plus aucun épisode ne fut noté jusqu'à fin mars.

On peut dans ce cas noter l'efficacité du traitement car, qu'il soit donné en association au soufre ou isolément, l'amélioration de l'état trachéo-bronchique fut notable. On ne peut pas parler de guérison, puisque l'enfant, a fait un épisode bronchique minime, mais au moins d'amélioration sensible.

Observation n° 5 - L... Jean-Claude
A terme - 3.200 g
- Entré à Paul Parquet : 4 mois et 1/2 5.380 g (3 Août 1961)
  coqueluche grave avec quintes asphyxiantes
- A l'entrée : persistance de quelques quintes
  respiration rude
- le 21.8.61 :
  Polypnée avec tirage - respiration rude surtout à D
  Auscultation : quelques sibilances = antibiothérapie
- le 19.9.61 :
  reprise des quintes - température 38°6
  quelques ronchus et sibilants = Eucalyptine-pénicilline
- le 2.10.61 :
  bronchite diffuse - râles fins aux bases = reprise du traitement
- le 10.11.61 :
  rhino-trachéo-bronchite ++ = antibiotiques
- le 9.12.61 :
  gros râles disséminés
- le 15.12.61 :
  Phtlamate d'ammonium
- le 9.1.62 :
  rhino-trachéo-bronchite
- le 17.1.62 :
  bronchite asthmatiforme
- Arrêt Phtalamate d'ammonium le 29.1.62 (le médicament étant jugé inefficace) : 40 jours de traitement.
- A partir du 17.1 : rhino-trachéo-bronchite à répétition.

Le cas vu rétrospectivement ne peut être considéré comme un échec du traitement, mais comme une inefficacité due à un traitement trop court. En effet, comme nous le verrons ultérieurement l'efficacité du produit ne se fait sentir que s'il existe une accumulation suffisante dans l'organisme.
Cet enfant aurait peut-être dû bénéficier d'une cure plus prolongée.

Observation n° 6 - N... Joëlle
Prématurée 8 mois - 2.480 g
- Entrée Paul Parquet : mars 1961 - 2 mois - 3.400 g
prématurité hypotrophie
- le 4.4.61 :
  toux rauque ++ = Cortancyl + Tetracyne
- le 18.5.61 :
  Bronchite ++ avec gros ronchus disséminés
  Toux rauque = reprise Cortancyl et antibiotique.
- le 25.5.61 :
  Toux fréquemment rauque
  Auscultation : signes bronchiques = Eucalyptine-pénicilline.
  Persistance de toux rauque

- le 10.6.61 :
  respiration bruyante avec gros ronchus
  toux intermittente parfois rauque
- le 24.6.61 :
  Phtalamate d'ammonium + sulfo-thiorine -
- le 15.9.61 :
  persistance d'une toux un peu rauque
- le 27.10.61 :
  rhino-trachéo-bronchite - toux idem
- le 1°.11.61 :
  Auscultation : R.A.S.
- le 21.12.61 :
  Arrêt sulfo-thiorine. On continue le Phtalamate d'ammonium
- le 6.1.62 :
  Rhino-trachéo-bronchite bénigne
- le 10.1.62 : R.A.S.

Depuis rien à signaler jusqu'à la sortie de l'enfant (mars). Le Phtalamate d'ammonium donné chez cet enfant pour manifestations laryngées (essai) n'a donné aucun résultat positif ; par contre, il a, sinon guéri, du moins amélioré l'état bronchique de l'enfant, si l'on se reporte à la fréquence des épisodes antérieurs. Elle n'a, sous traitement, présenté en six mois que 2 épisodes rhino-trachéo-bronchiques, d'ailleurs minimes.

Envisageons maintenant deux observations assez particulières, l'une portant sur un cas d'asthme franc, l'autre sur le cas d'un enfant présentant une cardiopathie congénitale sévère. Ci-joint le graphique témoin de l'évolution pondérale des enfants en rapport avec leur état pulmonaire.

Observation n° 7 - J... Patricia.
Prématurée 7 mois 3/4 : 1.320 g
- Entrée Paul Parquet : 5 mois 20 jours : 4.000 g (février)
hospitalisée à Bretonneau pour asthme sévère
- A l'entrée : très évidente crise d'asthme = Cortancyl
- le 16.2.61 :
  Dyspnée asthmatiforme
  Auscultation : sibilances disséminées : Eucalyptine - pénicilline
- le 23.2.61 :
  légère dyspnée asthmatiforme
  Auscultation : râles disséminés asthmatiformes
  prédominant en arrière = Cortancyl + antibiotiques
- le 28.2.61 : amélioration
- le 3.3.61 :
  reprise de la dyspnée = antibiothérapie

- le 17.3.61 :
Phtalamate d'ammonium alterné avec sulfo-thiorine.
Sous l'effet du traitement non seulement on ne note plus aucune dyspnée de type asthmatiforme, mais le comportement général de l'enfant change.
- l'appétit s'améliore
- le poids augmente notablement
- l'enfant devient plus gai, s'épanouit.
Devant cette transformation importante le phtalamate d'ammonium est arrêté le 26 Juin.
Aussitôt : l'appétit se ralentit, le poids stagne.
Cependant, on ne note pas de crises d'asthme, tout au plus une très discrète dyspnée intermittente.
- le 17 Août :
on reprend le Phtalamate d'ammonium + sulfo-thiorine.
Aussitôt on note une disparition complète de la dyspnée et une remontée pondérale.
- du 23.10 au 7.12 :
hospitalisation pour coqueluche.
A la réintégration à Paul Parquet le 11 décembre :
l'auscultation est normale
le poids est resté stationnaire depuis sa sortie.
On reprend le Phtalamate d'ammonium seul.
Depuis : rien à signaler, progression pondérale satisfaisante.
Le cas de cette enfant mérite donc d'attirer l'attention car il montre une efficacité certaine du produit :
- indiscutable lors de la première cure,
- lors de la 2e cure, malgré l'absence d'effets cliniques apparents c'est l'amélioration vraisemblable de l'état respiratoire de l'enfant qui a favorisé son épanouissement et sa croissance.
Par ailleurs, cette observation nous permet d'éliminer la part d'efficacité due au soufre car :
- d'une part Patricia avait reçu maintes cures de soufre avant d'être traitée par le phtalamate d'ammonium.
- d'autre part, les constatations antérieures ne furent nullement modifiées à partir du 10 décembre, date où le Phtalamate d'ammonium fut administré seul.

Observation n° 8 - R..., Alain
Né à terme - 3.500 g
Hypoplasie aortique + canal artériel opéré = bronchites du type asthmatiforme à répétition.
- Entré à Paul Parquet : novembre 1960 - 12 mois
poids 6.630 g
- le 4.12.60 :
bronchites avec gros râles bulleux disséminés.

= Eucalyptine - pénicilline.
Apparition d'un encombrement bronchique ++ avec déshydratation.
- le 20.12.60 :
rechute fébrile avec submatite du 1/3 inférieur du poumon G- polypnée ++
= antibiotiques - tonicardiaques.
- le 12.1.61 :
respiration très bruyante avec à l'auscultation gros rochus dans les deux champs.
Apparition d'un tirage sus sternal et claviculaire.
- le lendemain :
foyer du 1/3 moyen G - Cyanose
= traitement antibiotique ++ Corticothérapie
Tonicardique
Guérison très lente car le foyer s'étend.
- le 26.1.61 :
Phtalamate d'Ammonium + sulfo-thiorine
- le 11.2.61 :
très légère gêne respiratoire
= traitement local.

Depuis cette date, l'enfant prend du poids, est gai et enjoué et ne présente plus aucun des accidents antérieurement décrits. Exception faite d'une rhino-trachéo-bronchite sans lendemain le 5 avril, l'amélioration de l'état respiratoire est nette.
Malheureusement l'enfant doit être reconduit d'urgence à l'hôpital pour défaillance cardiaque le 22.6.61.
Cette observation malheureusement est unique; il ne nous a pas été donné de pouvoir observer d'autres cardiaques dont le retentissement pulmonaire ait nécessité un traitement par le Phtalamate d'Ammonium.

DISCUSSION :

De ces observations résumées dans les pages précédentes telles qu'elles se sont déroulées, certains points peuvent être objectés :

- 1°) Pourquoi l'association du soufre et du Phtalamate d'Ammonium ?
Quelle est la part respective de chacun de ces produits ?

L'expérimentation à la Fondation Paul Parquet fut commencée fin 1960 à une période où, cherchant à agir sur les bronchites à tendance asthmatiforme du nourrisson, nous nous sommes basés sur les travaux du Docteur MOULIES affirmant dans ces cas l'efficacité de l'association :
soufre + phtalamate d'NH4.

D'autre part, l'efficacité respective des deux produits semble assez évidente car à Paul Parquet de nombreux enfants furent, pour des manifestations identiques, traités dans les années antérieures par la sulfo-thiorine-méthionine sans grand succès.
Nous ne citerons que quelques cas à titre d'exemples.

- H. Angèle : 1959
  Rhino-trachéo-bronchite à répétition, malgré plusieurs cures soufrées
- D. Joachim : 1960
  Bronchites asthmatiformes sévères nécessitant traitement associé : cortocoïdes-antibiothérapie et ayant à plusieurs reprises bénéficié d'u traitement de convalescence soufré sans effet. Il en est de même des autres thérapeutiques qui ont pu être adjointes au Phtalamate d'Ammonium.
  Rayons U.V. - Lantigene B - Extencilline.
- L. Isabelle : 1960
  Fréquents épisodes bronchopulmonaire avec signes bronchiques permanents, même sous traitement soufré.
- F. Cécile : 1959
  Malgré un traitement antibiotique et soufré de fond, épisode de bronchites hyperthermiques récidivantes.
- L. Muriel : 1959
  Episodes rhino-trachéo-bronchiques à répétition quelque soit le traitement en cours : soufre, Extencilline.
- L. Chantal : 1958
  Bronchites de type asthmatiforme à répétition non modifiées par de fréquentes cures de sulfo-thiorine.

Il pourrait sembler que ce soit l'association des deux thérapeutiques qui est responsable des résultats obtenus. Cela semble peu probable si l'on reporte aux quelques cas (malheureusement trop rares) où l'évolution clinique fut inchangée que le sujet soit - sous traitement associé - ou - sous Phtalamate d'Ammonium seul.

2°) Pourquoi avoir, avec un particulier intérêt étudié les bronchites asthmatiformes ?

Deux raisons :
- l'une pratique : c'est le type de bronchite le plus fréquent chez les très jeunes nourrissons (et nos enfants ont tous moins d'un an).
- l'autre plus médicale : ce sont les accidents qui, par leurs manifestations polypnéiques, retentissent le plus vite sur l'état général du très jeune enfant (déshydratation surtout).

3°) Pourquoi s'être borné à ces quelques cas ?

Deux raisons :

- tout d'abord, la Fondation Paul Parquet reçoit diverses catégories d'enfants, et tous ne sont pas atteints d'affections bronchiques répétées
- par ailleurs, nous ne cherchions pas à l'époque une prophylaxie des rhino-trachéo-bronchites, mais un traitement des affections récidivantes des voies respiratoires; depuis, les idées ont évolué sur ce point.

4°) Quelles conclusions doit-on tirer des deux derniers cas ?

Aucune : On ne peut juger sur des cas aussi particuliers.

Chez ces deux enfants, l'amélioration de l'état pulmonaire et de croissance fut spectaculaire. Est-ce dû à l'action du produit ? Est-ce une coïncidence ? Il ne nous est pas permis de trancher la question dans ces deux cas d'espèce.

Nous les avons rapportés pour l'intérêt qu'ils peuvent présenter dans des identiques situations.

EXPERIMENTATION PERSONNELLE (suite)

2°- AU CENTRE DE PROTECTION INFANTILE DE BULLION

Ce centre est situé à 50 km de Paris, dominant la Vallée de Chevreuse et jouit de par sa situation en plein bois d'un air vif, peu pollué au sein d'un climat un peu humide.

Ce centre est un des rares sanatorium de la région parisienne recevant de jeunes enfants de 0 à 6 ans groupés en deux pavillons distincts :
- l'un pour les enfants du 1er âge : 0 à 3 ans,
- l'autre pour les enfants de 3 à 6 ans.

La majorité de ces enfants sont envoyés par des services hospitaliers dans lesquels ils viennent déjà de faire un séjour de durée variable (2 à 5 mois en moyenne) pour une primo-infection tuberculeuse d'importance diverse .

Certains sont placés par des dispensaires O.P.H.S. ou des médecins privés,
- soit aussitôt après la découverte de la primo-infection,
- soit après un traitement de durée variable à domicile.

Ces enfants sont donc très différents de ceux précédemment étudiés, puisqu'ils sont tous porteurs de lésions tuberculeuses le plus souvent ganglio-pulmonaires (méningées associées parfois). Ces lésions pour la plupart visibles à la radio se traduisent aussi endoscopiquement comme le montre les bronchoscopies faites devant toute image radiologique sévère ou tubage positif.

Ces bronchoscopies, si elles permettent de mettre en évidence bombement, bourgeon ou fistule avec caseum, témoins de l'atteinte tuberculeuse, se sont également révélées pour nous une aide précieuse puisqu'elles permettent de visualiser un état de bronchite cliniquement indécelable (muqueuses irrégulières, épaisses et rouges et hypersécrantes : secrétions muco-purulentes).

Nous avons étudié environ 60 enfants; 30 dans chaque pavillon. Sur ces 30 enfants :

- une partie fut prise comme témoins (recevant régulièrement un placebo témoin).
- l'autre traitée régulièrement par le Phtalamate d'Ammonium.

Cette expérience nous a donc permis de faire une étude comparative des deux groupes d'enfants.

Nous étudierons séparément les deux pavillons où les règles d'hygiène, d'alimentation et de vie sont un peu différentes et ou, en outre la résistance des enfants est différente selon leur âge.

A - CHEZ LES ENFANTS DE 0 A 36 MOIS

Nous avons retenu les observations sous forme de tableaux. Certaines seront ultérieurement développées et commentées.

- Avant le traitement correspond à la période qui s'est écoulée entre l'entrée de l'enfant au Centre (date précisée dans la première colonne) et la mise en oeuvre du traitement par le Phtalamate d'Ammonium. Date fixe pour tous les enfants : 19. 12. 61.

- Sous le traitement s'étend la période comprise entre le 19. 12. 61 et fin mars (date d'arrêt de l'expérimentation).

- Nous précisons :

- en première colonne : l'âge de l'enfant et le degré de son atteinte tuberculeuse à l'entrée au Centre.

- les colonnes 2 et 4 résument l'évolution rhino-trachéo-bronchique en dehors de toutes manifestations tuberculeuses. Les signes bronchoscopiques précisés sont, dans les colonnes, exclusivement ceux en rapport avec l'atteinte infectieuse surajoutée de la muqueuse bronchique.

- les colonnes 3 et 5 par contre traduisent l'évolution contemporaine de la maladie tuberculeuse.

- quant à la conclusion elle porte uniquement sur les signes bronchiques infectueux, non sur la tuberculose.

Dans ces tableaux un certain nombre d'abréviations vont être employées. Voici leur signification :

LISTE DES ABREVIATIONS

T I	:	Tuberculose Initiale
Op. L.T.D.	:	Opacité latéro-trachéale Droite
Op. L.T.G.	:	Opacité latéro-trachéale Gauche
L.S.D.	:	Lobe supérieur droit
L.S.G.	:	Lobe supérieur gauche
L.M.	:	Lobe moyen
L.I.D.	:	Lobe inférieur droit
L.I.G.	:	Lobe inférieur gauche
B.P.	:	Branche principale
B. Int.	:	Branche intermédiaire
B.I.	:	Branche inférieure
T.V.	:	Trouble de Ventilation
B.K. +	:	Existence de Bacilles de Koch ou tubage gastrique. - soit direct - soit après culture.
R.T.B.	:	Rhino-trachéo-bronchique.

ENFANTS DE 0 A 36 MOIS

TRAITES PAR LE

PHTALAMATE D'AMMONIUM A PARTIR DU 19.12.61

ETAT TUBERCULEUX à l'ENTREE	AVANT le traitement par Phtalamate d'ammonium		SOUS traitement par Phtalamate d'ammonium		CONCLUSIONS
	Etat R.T.B.	Evolution Rx de ℘	Etat R.T.B.	Evolution Rx de la ℘	
	2	3	4	5	6
B.... Nicole n° 1 ℘ I. initiale dépistée : 23m Entrée C.P.I Févr.61 26m Δ . opacité L.T.D. + sus hilaire D.	Episodes R.T.B. à répétition de septembre à décembre	Augmentation des images radiologiques en Juillet puis amélioration	R.A.S. (1 mois après le début du traitement)	Maintien de la régression	Guérison
J.... Pascal N° 2 ℘ I. dépistée : 4 m 1/2 C.P.I. Janv. 61 : 5 m 1/2 Δ : opacité apicale interne D	R.T.B. graves à répétition avec signes aus. divers examens endoscopiques	Régression rapide de l'opacité Apparition des adénopathies hilaires. En sept. foyer infectieux du L.I.D. 13.9 disparition : 23.9 Stabilité des images ℘	2 bronchites en déc. et début janv. puis R.A.S.	Stabilité des images Rx	Guérison
J.... M.France N° 3 ℘ .I. dépistée : 26 mois C.P.I. Juillet 61 : 30 mois Δ : opacité L.T.D. + paramédiastinale D.	Bronchite chronique permanente avec signes endoscopiques	Stabilité des images Rx	R.A.S. depuis le 8.1.62	Régression lente des images Rx à dater du 18.12	Guérison
P.... Martine N° 4 ℘ .I. dépistée : 13 mois C.P.I. sept. 61 : 16 mois Δ Discrète opacité hilaire D	Etat de bronchite chronique diffuse	Stabilité Rx	Même état bronchique permanent	Stabilité	Echec

1	2	3	4	5	6
G.... Serge N° 5 φ .I. dépistée : 20 mois C.P.I. Av. 61 : 22 mois △ : Opacité L.S.G. homogène et dense	R.T.B. subaigue de sept. à nov. Bronchite +++ à bronchoscopie de nov.	Amélioration Rx et guérison bronchoscopique le 23.11.61	R.A.S.	R.A.S.	Guérison
D.... Patrick N° 6 φ .I. dépistée : 21 mois C.P.I. juin 61 : 23 mois △ : Opacité L.T.D. + hilaire D et région axillaire. Opacité hilaire G et apicale inférieure G	Bronchite chronique permanente de sept. à déc. avec gros signes endoscopiques	Régression sous corticothérapie en Août. Rebond en sept. Régression définitive en oct.	Bronchite légère le 20.I Quelques très désuets signes anormaux d'auscultation par intermittence	Evolution radiologique satisfaisante Lipiodol : D.D.B. dans l'apicale du L.I.G.	Amélioration
M.... Nadine N° 7 φ .I. dépistée : 15 mois BK + C.P.I. Juillet 61 : 19 mois △ .Opacité L.T.D. + Opacité de la lingula et d'une partie du L.S.G.	R.T.B. à répétition avec sécrétions purulentes épaisses aux bronchoscopies répétées	Régression en Juillet puis réaccentuation le 16 août. Depuis : opacité parenchymateuses diffuses.	Fréquents épisodes bronchitiques jusqu'à fin janvier puis seulement persistance de discrets signes d'auscultation épisodiques	Stabilité	Amélioration nette mais tardive (1 mois 1/2 à 2 mois
M/... Nadia N° 8 φ .I. dépistée : 15 mois C.P.I. Mars 61 : 17 mois △ : Opacité du 1/3 moyen du poumon D.	Bronchite aigue en mars. Bronchites à répétition de Juillet à Déc. avec traductions endoscopiques nettes	Amélioration sous corticothérapie puis rebond à l'arrêt (T.V.du L.M.D.) Régression rapide mais adénopathies notables	Aucune amélioration clinique guérison bronchoscopique	Adénopathies idem avec à la bronchoscopie : gros bourgeon réduisant considérablement la lumière bronchique.	Echec cliniquement Guérison endoscopique.

1	2	3	4	5	6
L.... Gilles N° 9 φ.I. dépistée : 6 mois B.K. + C.P.I. Juin 61 : 10 " Δ : Opacité hilaire G avec nodule périhilaire	Bronchite subaigüe permanente avec signes endoscopiques ++	Extension des images Rx en septembre. App. des opacités hilaire D en Décembre.	Persistance de discrets signes d'auscultation Disparition de tous signes bronchoscopiques	Stabilité depuis déc.	Nette amélioration clinique. Guérison endoscopique.
V.... Aimé N° 10 φ.I. dépistée : 19 mois C.P.I. Oct. 61 : 20 " Δ : séquelles d'épanchement pleural post. D. + opacité hilaire D et segment ventral L.S.D.	Etat de bronchite chronique	Amélioration lente mais progressive puis réaccentuation des images Rx en déc.	Persistance de signes d'auscultation anormaux et d'une bronchite sévère fin janvier. Pas de signe bronchoscopique	Importantes images Rx avec grosses modifications endoscopiques.	Amélioration légère et incomplète.
B.... Gilberte N° 11 φ. dép. 3 mois 1/2 C.P.I. août 61 : 6 mois Δ : opacité L.M.D.	Bronchite subaigüe mais avec signes bronchoscopiques très nets	Disparition de l'opacité 31.8 Réapparition en Nov. Disparition complète fin Nov.	Aus. normale depuis début janvier. Bronchoscopie : muqueuses normales	Très bon maintien de la régression I.T.S.N. avec bourgeon + caseum à la bronchoscopie	Guérison clinique et endoscopique.
S.... Ahmed N° 12 φ. dépistée : 11 mois BK + (Miliaire) C.P.I. août 61 : 14 mois Δ : opacité très hilaire G très dense (segment ventral L.S.G.) + opacités hilaires bilatérales.	2 bronchites trainantes entre 11 oct. et fin nov.	Amélioration Rx nette Séquelles hilaires D et G	Persistance de quelques signes bronchiques à l'auscultation	Evolution Rx toujours satisfaisante	Amélioration

1	2	3	4	5	6
D... Evelyne N° 13 Ψ I.dépistée : 12 mois C.P.I. Nov.61 : 16 mois Δ : opacité hilaire bilatérale surtout D.	R.T.B.à répétition (3 en 1 m 1/2	Régression des opacités hilaires	R.A.S.	Evolution radio satisfaisante	Guérison
N... Josiane N° 14 Ψ I.dépistée : 3 m 1/2 (Méningite BK +) C.P.I. Juin 61 : 6 mois Δ : opacité L.T.D. et hilaire D + opacité segment basal post. D.	R.T.B. à répétition avec signes bronchoscopiques +++	Régression rapide et régulièrement progressive	Persistance de signes d'auscultation jusqu'au 15.1 puis R.A.S. (très légère RTB le 10.3)	Satisfaisante	Amélioration
P... J.Pierre N° 15 Ψ I. dépistée : 12 mois B.K. + C.P.I. Nov. 61 : 14 mois Δ : opacité hilaire et parahilaire D (segment ventral L.S.D.)	Plusieurs bronchites en 1 m 1/2 avec signes d'auscultation permanents	Evolution Rx satisfaisante Régression nette des opacités	Etat de bronchite clinique et bronchoscopique jusqu'au 14.1.62 puis R.A.S.	Maintien de la régression	Guérison tardive (1 m 1/2)
M... Sylvie N° 16 Ψ I. dépistée : 2 mois C.P.I. juillet 61 : 6 mois Δ : opacité hilaire et para-hilaire D.	Bronchites sévères à répétitions entre juil. et oct. Amélioration clinique mais antibiothérapie permanente pour otite en nov. & déc. Bronchites ++ à bronchoscopie du 8.12	Opacité L.S.D. apparue le 22.8 disparue sous corticothérapie en 3 sem. puis régression des adénopathies	R.T.B. assez fréquentes	Maintien de la régression	Echec

1	2	3	4	5	6
A... Gisèle N° 17 ♀ .I.dépistée : 11 mois C.P.I. Juillet 61 : 13 " △ : opacité hilaire D. volumineuse	Plusieurs R.T.B. en oct. & nov. avec sécrétion ++ à la bronchoscopie	Evolution Rx rapidement satisfaisante	1 bronchite début janvier puis R.A.S.	La régression des images Rx se poursuit	Guérison

Comme nous l'avons déjà précisé, il serait trop long et fastidieux de reprendre chaque cas en détail. Nous nous bornerons aux observations les plus intéressantes.

Observation n° 2 - J... Pascal
Enfant de 6 mois 1/2 présentant un trouble de ventilation du segment apical du L.S.D.
Entré au Centre le 12.1.61.

- à l'entrée : respiration très bruyante avec tirage gros ronchus dans les deux champs.
  traitement : Eucalyptine - Phénergan - Aérosols
  Guérison le 20.1.61
  L'enfant était alors sous Cortancyl pour son trouble de ventilation.

- le 1.3.61 : amélioration radiologique - arrêt Cortancyl.

- le 27.4.61 : bronchoscopie : bourgeon paroi post B.P.D.
  = tuberculose
  Secrétions épaisses et rougeur de la muqueuse = bronchite

- le 13.5.61 : température : 39°
  bronchite aiguë avec tirage sus et sous sternal = traitement local + antibiothérapie générale

- le 25.5.61 : guérison clinique
  bronchoscopie : 1) deux fistules sur paroi post. de B.P.D. :
  tuberculose : reprise CORTANCYL
  2) trachéobronchite diffuse =
  reprise de l'antibiothérapie I.M. et per os jusqu'au 6.6.61

- le 29.6.61 : température 38°5 - respiration rude avec ronchus = traitement local
  persistance des signes jusqu'au 10.7.61

- le 24.7.61 :
  nouvelle bronchite - température 39°
  traitement local - guérison le 10.8.61

- le 30.8.61 :
  bronchite légère

- le 10.9.61 :
  température 40°1 - gros râles ronflants dans les deux champs - polypnée 68/minute. Tirage ++ à radio : foyer infectieux du L.I.D.
  traitement local + antibiothérapie générale massive.
  Disparition du foyer le 29.9, à la radio, mais persistance d'une respiration asthmatiforme jusqu'au 4.10.61

- le 6.10.61 :
  bronchoscopie : 1°) petit bombement paroi D. de la B. INT. et I.D. tuberculose en voie de nette amélioration.
  2°) muqueuse rouge ++ et sécrétions épaisses dans tous les territoires : bronchite
  Amélioration radiologique - Arrêt T.C.N.L. : 10.11.61

- le 1.12.61 :
  température 40°8 - toux ++ polypnée ++ tirage +++
  pas de foyer mais signe de bronchite diffuse
  traitement général multiple
  guérison les 8 et 10.12.61

- le 19.12.61 :
  Phtalamate d'Ammonium matin et soir 2 cuillères à café

- le 29.12.61 :
  température 40°1 bronchite +++ - guérison le 8.1.62

- le 12.1.62 :
  température 38° - râles ronflants et bulleux dans les deux champs.

- le 19.1.62 :
  Quelques râles ronflants intermittents au sommet.
  Pas de traitement.

- le 23.1.62 :
  Auscultation normale. Depuis R.A.S.

Cette observation longue et complexe est intéressante car elle montre que chez cet enfant les lésions tuberculeuses ne sont pas responsables de ses bronchites à répétition car, si les bronchites étaient fréquentes au début du séjour alors que les images radiologiques et les signes bronchoscopiques témoignaient d'une atteinte tuberculeuse sévère, l'amélioration de cette dernière sur ces deux plans, qui date de début octobre, n'a modifié en rien l'état brachéo-bronchique.

Il s'agit donc bien chez cet enfant d'une débilité des voies respiratoires guérie par le Phtalamate d'Ammonium du moins cliniquement.

Malheureusement aucune bronchoscopie ne fut pratiquée après le mois de novembre nous permettant de juger de l'état de la muqueuse bronchique.

Nous ne citerons qu'une observation de ce type, mais dans la même catégorie rentrent les cas 1, 3, 11, 13, 15, 17.

Le cas 7, de l'enfant M. Nadine, est encore plus typique puisque, malgré la non modification des images radiologiques, l'amélioration de l'état rhino-trachéo-bronchique s'est quand même fait sentir, mais plus tardivement.

Enfant D... Patrick - cas n° 6

Enfant de 23 mois entrant au C.P.I. en juin 1961, avec des opacités hilaires bilatérales et des troubles ventilatoires du segment axillaire du L.S.D. et apical du L.I.G.

- le 12.7.61 :
  bronchoscopie : déformation de la trachée et bourgeon L.S.D. avec caseum : tuberculose. Muqueuse saine. Enfant traité par Cortancyl.
- le 30.8.61 : régression radiologique nette.
  arrêt Cortancyl
- le 14.9.61 : bronchoscopie : fistule L.S.D.
  muqueuse saine.
- le 17.9.61 : température 38°5 : bronchite
  traitement local
- le 19.9.61 : réaccentuation des images radiologiques
- le 25.9.61 : persistance des signes bronchiques
- le 13.10.61 : très nette amélioration radiologique
- le 6.12.61 : bronchite subaiguë traînante
- le 7.12.61 : bronchoscopie :
  1°) petites séquelles de la fistule précédente : tuberculose
  2°) abondantes secrétions mucopurulentes dans tous les territoires : bronchite.
- le 19.12.61 : Phtalamate d'Ammonium matin et soir.
- le 15.1.62 : l'amélioration radiologique se poursuit.
- le 20.1.62 : température 38°2 - respiration rude aux sommets
  traitement local
- le 30.2.62 : Lipodol : irrégularités et ampoules localisées dans le rameau supérieur de l'apicale inférieure gauche.

Depuis le 22.1.62 : auscultation normale.

Dans ce cas, l'action du Phtalamate d'Ammonium est encore plus évidente :

- d'une part l'amélioration radiologique n'a pas été de pair avec une amélioration des signes d'auscultation et des signes endoscopiques : (muqueuses normales aux bronchoscopies de janvier, février, juillet, et septembre, très enflammées à celle de Décembre).

- d'autre part, la bronchite a disparu malgré l'existence de dilatations ampullaires des bronches retrouvées au lipiodol (or on sait que les D.D.B. sont un des facteurs étiologiques dominant des bronchites, et d'autant plus qu'elles sont situées comme c'est le cas ici dans le LI)

Le cas 9 est assez semblable : malgré une majoration des images radiologiques il y eut amélioration clinique et guérison endoscopique.

Dans certains cas (14 - 12) nous n'avons obtenu qu'une amélioration de l'état bronchique sans guérison nette. Cette dernière coïncide avec une amélioration radiologique. Il est alors difficile de conclure.

Le cas n° 8 de l'enfant M.., Nadia est également intéressant. Cette enfant a présenté entre les mois de Mars à Novembre des bronchites à répétition, entre celles-ci l'état broncho-pulmonaire est toujours resté déficient :

- Opacités radiologiques à éclipses et rebonds
- Muqueuses rouges, épaisses, irrégulières et hypersecrétantes aux bronchoscopies de mars, mai, juillet, septembre et novembre.

L'enfant fut traité au Phtalamate d'Ammonium à partir du 19 décembre. Cliniquement aucune amélioration ne s'est fait sentir. Les bronchites se sont répétées et les signes d'auscultation sont permanents. Cependant pour la première fois, la bronchoscopie du 16.2 a montré des muqueuses normales sans aucune sécrétion. Par contre, on y a trouvé l'existence d'un gros bourgeon réduisant considérablement le calibre de la B.I.G.
Chez cet enfant, il est difficile de parler d'un échec du Phtalamate d'Ammonium, car les signes endoscopiques et radiologiques (énorme ganglion L.T.), suffisent à expliquer la gêne respiratoire de cette enfant. Le Phtalamate d'Ammonium a cependant eu une action sur l'état de la muqueuse bronchique.

Le cas n° 9 de l'enfant L... Gilles est assez proche de ce cas, bien que chez lui on ait assisté quand même à une assez nette amélioration clinique. Nous relaterons également les cas 4 et 16 qui sont des échecs notoires car ici rien ne peut expliquer la persistance de signes bronchiques, sinon un état déficient persistant de l'arbre respiratoire, malgré le traitement prolongé par le Phtalamate d'Ammonium.

Nota : Nous avons ici, nous référant aux études antérieures, parlé de guérison, même lorsque pendant le mois suivant le début du traitement, nous avons eu quelques manifestations R.T.B. Nous savons en effet qu'il s'agit d'un traitement devant être administré un temps suffisamment long pour donner un résultat durable. Il faut une certaine accumulation du produit pour obtenir ce résultat.

Résumons maintenant les cas témoins en un tableau B identique au précédent.

La date du 19.12 marquant la date à laquelle ces sujets furent pris comme témoins et comme tels reçurent régulièrement 4 cuillères à café d'un placebo témoin.

ENFANTS DE 0 A 36 MOIS

PRIS COMME TEMOINS

A DATER DU 19.12.61

Etat tuberculeux à l'entrée A	Avant le 19.12.61		Après le 19.12.61	
	Etat R.T.B. B.	Evolution Rx de la ℘ C	Etat R.T.B. D	Evolution Rx de la ℘ E
C.... Michel N°1bis ℘.I. dépisté : 12 mois C.P.I.sept 61: 18 mois Δ: Opacités hilaires bilatérales	bronchite subaigue permanente	Pas de modification des images Rx.	Persistance d'épisodes bronchiques	Stabilité
G.... Maryvonne N°2bis ℘.I. dépistée : 16 mois C.P.I.sept.61 :19 m 1/2 Δ: Opacité apicale du L.S.G.	Encombrement R.T.B. persistant	Amélioration	1 bronchite en Janvier	Maintien de la régression
L.... Jean Luc N°3bis ℘.I. post.B.C.G.11 mois C.P.I. Mars 61 :14 mois Opacité hilaire et sus hilaire D.	R.T.B. à répétition avec signe d'auscultation permanent	Stabilité Rx	Persistance du même état broncho pulmonaire	
K.... Zuab N°4bis ℘.I. dépistée :3 m 1/2 C.P.I.sept.61 :5 m 1/2 : I.T.N.	Pas de bronchite typique mais auscultation souvent rude	I.T.N.	R.T.B. à répétition	I.T.N.
J.... Jean Michel N°5b ℘.I. dépisté : 2 mois C.P.I. juillet 61:11m. Δ: Discrètes adénopathies hil. bilatérales	2 bronchites sévères en septembre et octobre	I.T.S.N.	R.T.B. à répétition tant cliniques qu'endoscopiques.	Apparition d'un T.V. du L.S.G. régressant bien sous corticothérapie.

A	B	C	D	E
J....Evelyne N°6bis Ψ.I. dépistée : 20 mois C.P.S. Mars 61: 24 mois Δ: Opacité lingula	Bronchites fréquentes cliniques et endoscopiques	stabilité	Amélioration nette de l'état broncho-pulmonaire	Territoire de la lingula rétracté avec dilatations ampullaires au lipiodol
F....M.Christine N°7bis Ψ.I. dépistée : 2 mois (Miliaire) C.P.I. août 61: 5 mois Δ: opacités hilaires bilatérales	Etat dyspnéïque +++, signalé avant l'entrée Râles ronflants permanents au cours des auscultations successives	Régression notable des Opacités, dès Mi-Nov.	2 bronchites aigues + permanences d'importants signes bronchiques à l'auscultation	Evolution régulièrement regressive.
P....André N°8bis Ψ.I. dépistée à 5 mois C.P.S. Juillet 61: 9 m. Δ: I.T.N.	Etat d'encombrement R.T.B. Permanent entre oct. et déc.	Apparition d'une adénopathie hilaire D + hyperclarté L.I.D.	Peu de modification de l'état R.T.B.	Regression des images vers 13 Janv.
O....M.France N°9bis Ψ.I. dépistée : 5 mois C.P.I.Juin 61 : 8 mois Adénopathies hilaires D denses + T.de V. du L.S.D.	R.T.B. à répétition cliniques et bronchoscopiques	Sans changement	Bronchite grave avec foyer infectieux Rx persistances d'un état R.T.B. très déficient.	Stabilité

A	B	C	D	E
C.... Françoise N°10 bis ♀.I. dépistée : 20 mois BK + C.P.I.déc.60 : 21 mois Δ: Opacité L.T.D. + " Hilaire D + T de V : segment apical L.I.D.	Très fréquents épisodes R.T.B. avec signes endoscopiques +++	Image gg sans modification jusqu'à août 61 En Mai ; T.V. Corticothérapie régression nette en août	Quelques manifestations bronchiques mais nette amélioration	Nette amélioration Rx.
D.... Fil N°11 bis ♀.I. dépistée : 15 mois C.P.I.Oct.61 : 20 mois Δ: Opacité L.T.D. + T. de V. : 1/3 moyen poumon G.	1 rhino T.B. en nov.	Régression des images Rx dès mi Nov. 61	1 bronchite sévère + signes bronchiques ++ aux auscultations répétées	Amélioration
C.... Pascal N°12 bis ♀.I. dépistée : 15 mois C.P.I.nov.60 : 19 mois Opacité hilaire et sus hilaire G. et D.	Râles ronflants et sibilants dans les 2 champs permanents	Stabilité	Importants signes d'auscultation jusqu'en Fév. puis RAS.	T.V. du L.S.D. fin déc. Régression mi-janvier.
M.... Carmen N°14 bis ♀.I. dépistée : 12 mois C.P.I.juin 61 : 14 mois Δ: Opacité hilaire et sus hilaire G.Opacité hil. D	Fréquents épisodes bronchiques avec signes bronchoscopiques	Régression mais rétraction des opacités (D.D.B vraisemblable)	Bronchite diffuse quasi permanente avec suppuration importante à la bronchoscopie	Petite accentuation des opacités en janv.

A	B	C	D	E
D.... Didier N° 15bis Ø.I. dépistée : 12 mois (Miliaire) C.P.I.janvier 61 : 14 mois Opacité hilaire D modérée	Qqs R.T.B. sans gravité	Régression rapide et notable de l'adénopathie	Quelques rares signes d'auscultation	Maintien de la régression
B.... Marc N° 16bis f.I. dépistée : 15 mois C.P.I. Avril 61 : 17 mois1/2 A: Opacité L.T.D. et hilaire D + T. de V segment ventral L.S.D.	Quelques épisodes R.T.B. en début de séjour (jusqu'à Août) puis R.A.S.mais bronchite +++ à la bronchoscopie	Evolution Rx rapidement satisfaisante	Quelques épisodes R.T.B. (Lipiodol N).	Stabilité.

Sur les 15 nourrissons pris comme témoins du 19.12.61 à fin mars 1962, nous constatons les résultats suivants :

- un n'a présenté aucune manifestation à dater de cette période, malgré l'existence d'un état de bronchite clinique et endoscopique antérieur.
Les signes précédemment notés étaient vraisemblablement dus à la primo-infection. L'amélioration de la tuberculose est sans doute responsable pour une part de la disparition des manifestations bronchiques.

- deux, chez lesquels était noté une déficience nette de l'arbre bronchique se traduisant par des R.T.B. cliniques avec confirmation bronchoscopique, ont vu leur état s'améliorer sensiblement. Amélioration parallèle à la disparition radiologique des images tuberculeuses.

- douze ont continué à faire des R.T.B. à répétition, les unes sévères, les autres sans grandes manifestations fonctionnelles mais avec d'importants signes stéthacoustiques.

Sur ces douze enfants :

pour six : l'état R.T.B. ne peut être imputé à la tuberculose puisqu'il coexistait avec une amélioration radiologique notable des images pulmonaires.

pour quatre : les images radiologiques peu importantes à l'entrée sont restées stationnaires.

pour deux les R.T.B. peuvent être en partie en rapport avec l'évolution des lésions tuberculeuses, ces deux enfants ayant eu, durant cette période, une accentuation de leurs images radiologiques, voire même l'apparition d'opacités nouvelles.

DISCUSSION ET RESULTATS

Deux points sont à considérer :

1°- l'évolution de l'état R. T. B. des enfants traités par rapport à leur état antérieur

Sur ces 17 enfants de 0 à 36 mois traités par le Phtalamate d'Ammonium, nous notons :

8 guérisons : 6 précoces : 3 semaines
2 plus tardives : 5-6 semaines

5 améliorations nettes sur le plan clinique dont une guérie à l'examen endoscopique

1 faiblement amélioré, mais aggravation tuberculeuse

3 échecs, dont 1 (cas n° 8) ne peut être retenu, la muqueuse bronchique étant redevenue normale.

Sur 17 enfants : dans 13 cas le Phtalamate d'Ammonium a rendu de grands services, soit 78 %.

2°- étude comparative des deux groupes d'enfants traités et témoins

Chez les sujets traités : 17

3 ont fait des bronchites sévères
1 a fait une bronchite nette et a gardé d'importants signes d'auscultation
5 n'ont gardé que quelques discrets signes d'auscultation intermittents
8 aucune manifestation.

Chez les sujets témoins : 16

8 ont fait des bronchites sévères à répétition
6 ont fait quelques R. T. B. légères mais avec signes stéthacoustiques très notables
1 n'a présenté que de discrets signes d'auscultation
1 aucune manifestation.

Ces résultats se traduisent par le tableau suivant assez évocateur :

EVOLUTION COMPARATIVE de l'ETAT R. T. B. des ENFANTS TRAITES et non TRAITES par le PHTALAMATE d'AMMONIUM

	Bronchites sévères fréquentes	Bronchites d'intensité moyenne	Quelques signes d'ausc. intermit.	R. A. S.
Témoins 16	8 = 50 %	6 = 37 % (87 %)	1 = 6,50%	1 = 6,50%
Enfants traités 17	3 = 17 %	1 = 5% (22 %)	5 = 29%	8 = 49%

B - CHEZ LES ENFANTS DE 3 A 6 ANS

Cette étude est moins précise que la précédente. En effet, ces enfants plus âgés, donc par définition même moins fragiles, se défendent mieux contre les infections.

Par ailleurs, il est à noter qu'ils ont été mis au traitement assez tardivement le 10. 1. 62.

Nous avons là aussi étudié séparément deux groupes d'enfants :

lvéolite

=

SPNEE asthmatiforme +++

THME

=

=

THME +++

8 kgs 500 7 kgs 500 6 kgs 500 5 kgs 500 4 kgs

JANV. FEV. MARS AVRIL MAI JUIN JUILLt AOUT SEPT. OCT. NOV. DEC. JANV. FEV. MARS

950 650 350 100 750 500 800 650 450 180 50 100 160 860 600 400 160 160 900 700 700 650 350 200

Spirogène

Retour Hopital = Coqueluche

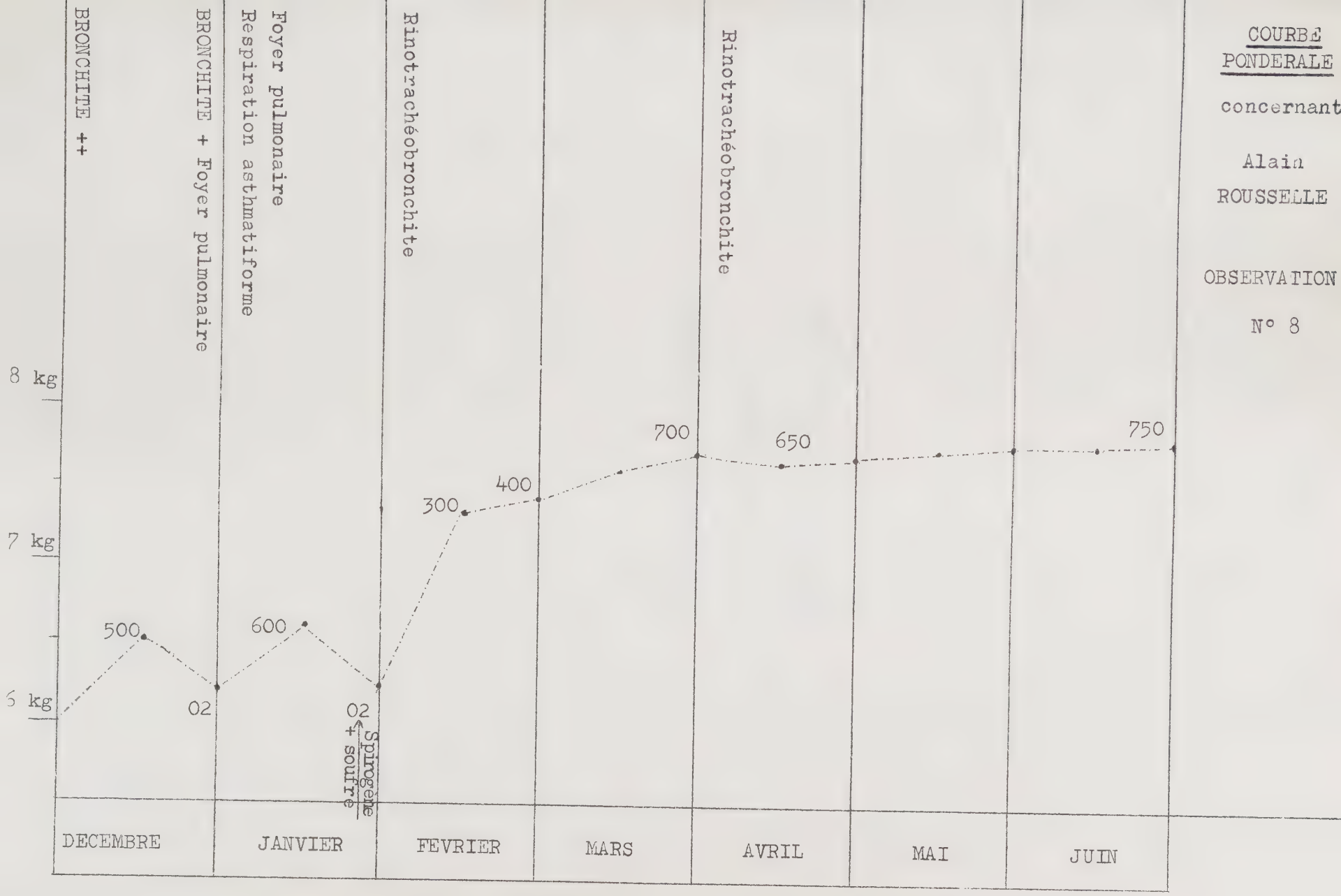
7

Arrêt Tt 25

Spirogène + soufre 17

Arrêt Traitement 26

Spirogène + soufre 20


COURBE PONDERALE
concernant
Alain ROUSSELLE
OBSERVATION N° 8
BRONCHITE ++
BRONCHITE + Foyer pulmonaire
Foyer pulmonaire
Respiration asthmatiforme
Rinotrachéobronchite
Rinotrachéobronchite
8 kg
7 kg
6 kg
500
600
300
400
700
650
750
02
02
Sulfarsénol + soufre
DECEMBRE
JANVIER
FEVRIER
MARS
AVRIL
MAI
JUIN

ENFANTS DE 3 A 6 ANS

TRAITES PAR LE

PHTALAMATE d'AMMONIUM

1	AVANT TRAITEMENT		SOUS TRAITEMENT		6
	2	3	4	5	
M... Patrick N° 1 ♀ .I. dépistée : 4 a 11 m C.P.I. juillet 61 : 5 ans △ : opacité hilaire D	1 bronchite en octobre puis bronchites récidivantes en déc. et janv.	Stabilité	R.A.S.	Pas de modification Rx	Guérison
M... Bernard n° 2 ♀ .I. dépistée : 2 a 6 m C.P.I. juillet 61 : 2 a 9 m △ : opacité hilaire D + T.V. segment ventral L.S.D.	Pas de bronchite clinique mais signes endoscopiques en sept. 1 RTB trainante en oct	Accentuation Rx début sept. puis amélioration	R.A.S.	Amélioration	Guérison
L... Brigitte N° 3 ♀ .I. dépistée : 2 a 7 m C.P.I. nov.61 : 3 a 8 mois △ : opacité hilaire G + opacité hilaire de la base G.	Rhino trachéo-bronchites fréquentes	Régression des images Rx	Persistance de signes d'auscultation	Amélioration persistante	Amélioration modérée.
L... Sylvie N° 4 ♀ I. dépistée : 2 a 9 m. C.P.I. juin 61 : 2 a 11 m △ : opacité hilaire G et partie supérieure du L.S.G.	Quelques bronchites aiguës	Régression Rx	Sensibl.t RAS depuis 10.2.	Maintien de la régression	Amélioration nette

1	2	3	4	5	6
V... M.France N° 5 ♀ I. dépistée 4 ans 1/2 C.P.I. avril 61 : 4 a 7m △ : opacité hilaire bilatérale (surtout à G.)	Bronchite subaigue chronique : avril, mais avec signes endoscopiques en mai et sept. Bronchite chronique en oct.nov.déc.	Densification des opacités Rx	Persistance d'assez importants signes d'auscultation	La régression Rx se poursuit	Amélioration
A... Ali N° 6 ♀ I. dépistée : 4 a 2 m C.P.I. août 61 : 4 a 5 m △ : opacités hilaires bilatérales	Signe d'ausc . ++	Petite opacité sous claviculaire	R.A.S.	Régression	Guérison
L... Catherine N° 7 ♀ I. dépistée 25 mois C.P.I. sept.61 : 2 a 1/2 △ : adénopathies hilaires bilatérales	R.T.B. subaiguë	Stabilité	Persistance de discrets signes d'auscultation	Stabilité	Amélioration
L... Johan N° 8 ♀ I. dépistée : 2 a 4 m C.P.I. août 61 : 2 a 6 m △ : opacité hilaire bilatérale surtout D + tractus, modules L.S.D.	Bronchite aiguë en oct. avec signes d'auscultation ++ jusqu' à fin nov. amélioration transitoire puis R.T.B. trainante en déc.	Régression Rx	R.A.S.	Apparition d'une opacité apicale L.S.D. + nette que précédemment	Guérison

1	2	3	4	5	6
B... Annick N° 9 Ψ.I. dépistée : 3 a 5 m C.P.I. août 61 : 3 a 9 m Opacité hilaire et sus hilaire G.	R.T.B. trainante oct., nov. avec signes d'auscultation ++ Rechute en janv.	Très légère accentuation Rx en nov.	Persistance d'une discrète ausc. rude sans signes fonctionnels	Stabilité	Amélioration
N... Vincent N° 10 Ψ.I. dépistée : 3 a 2 m C.P.I. juillet 61 : 3 a 4 Opacité hilaire bilatérale	R. Pharyngobronchite en sept. Bronchite subaigüe en déc. jusqu'à mi-janvier	Pas de modification Rx	R.A.S.	Idem	Guérison
T... Patrick N° 11 Ψ.I. dépistée 2 a 2 m. C.P.I. août 61 : 2 a 5 m Opacité L.T. et hilaire D + opacité de la pyramide basale et L.M.D. Opacité hilaire G.	2 ou 3 bronchites sans manifestations cliniques sévères en oct.nov.déc. signes d'auscultation bronchique persistants.	Régression rapide des opacités Rx sous cortancyl	Bronchites subaiguës répétées	Maintien de la régression Rx mais gros signes endoscopiques	Echec
D... Catherine N° 12 Ψ.I. dépistée 3 a 2 m C.P.I. janv.61 : 3 a 5 m Opacité hilaire bilatérale + L.T.D.	Quelques épisodes R.T.B. en début de séjour jusqu'à mai. Pas de s. bronchoscopiques	Amélioration Rx	Très discrets signes d'auscultation	Stabilité	Inappréciable

1	2	3	4	5	6
D.... Laurent N° 13 Ψ .I. dépistée : 23 m C.P.I. janvier 61 : 2 a Opacité hilaire bilatérale surtout G.	Bronchite aiguë en mai puis R.A.S. R.T.B. aiguës puis subaiguës en oct. nov. déc.	Amélioration de l'adénopathie G.	R.A.S.	Stabilité	Guérison
B.... Nouredine N°14 Ψ .I. dépistée : 2 à 4m C.P.I.nov 60 : 2 a 7m Opacité hilaire bilatérale + opacité postérieure L.I.D. et paracardiaque G.	Bronchite aiguë en déc.60 puis R.A.S. N elles bronchites à répétition depuis nov.61 avec signes d'auscultation quasi constants	Extension de l'opacité L.I.D. en janv.61 puis amélioration et petite réaccentuation	Sensiblement R.A.S. depuis mi-janvier 61	Pas de modification Rx mais dilatations cylindriques ++ du segment basal du L.I.D. au lopidiol	Guérison
D.... M. France N° 15 Ψ .I.dépistée : 2 à 5 m C.P.I. Mai 61 : 2 a7m Opacité hilaire D + opacité ventrale L.S.D.	Bronchites fréquences signalées antérieurement à l'entrée 2 bronchites en déc. et janv.	Régression rapide sous cortancyl puis stabilité	R.A.S.	Maintien de la stabilité.	Guérison

ENFANTS DE 3 A 6 ANS

PRIS COMME TEMOINS A

DATER DU 10.1.62

1	2	3	4	5
L.... Yves N° 1 bis Ψ.I.dépistée 2 a 10 m C.P.I. Sept. 61 : 3 a Opacité hilaire D " " G	R.T.B. à répétition	Amélioration Rx	Pas de grands changements	Stabilité
V.... Régine N° 2 bis Ψ.I.dépistée : 2 a 3 m C.P.I. sept.61 : 2 a 1/2 Opacité L.T.D.+ hilaire D et ventrale L.S.D.	Bronchite subaiguë trainante avec un épisode aiguë	Peu de changement Rx	2 épisodes bronchitiques	idem
A.... Assen N° 3bis Ψ.I.dépistée : 4 a 2 m C.P.I. Juillet 61 : 4 a 5 m Opacité hilaire et parahilaire G + segment ventral et apicale D.	Quelques signes d'auscultation en Nov. 1 bronchite aiguë en déc. pas de signes endoscopiques	Régression Rx sous cortancyl dès septembre.	1 bronchite trainante en Fév.avec signes endoscopiques ++	Maintien de la régression.
P.... Dominique N° 4 bis Ψ.I. dépistée : 2 a 7 m C.P.I. Mai 61 : 2 a 9 m Opacité hilaire et pénihilaire D et Opacité hilaire et sus hilaire G. T.V.de lingula	Quelques bronchites	Amélioration Rx. à partir de Mai	R.T.B. subaiguë	Stabilité Rx depuis déc.
B.... Martine N° 5 bis Ψ.I. dépistée : 3 a 3 m C.P.I. Juillet 61 : 3 a 7 m I.T.S.N.	Signes d'auscultation bronchiques retenus en mars 61	Stabilité I.T.N.	Auscultation rude en mars	I.T.N
B.... Daniel N° 6 bis Ψ.I. dépistée : 2 a 3 m C.P.I. janvier 61 : 2 a 1/2 Opacité hilaire bilatérale + Opacité L.S.G.	1 bronchite avec s.endoscopiques en fév. 61 s. d'auscultation fréquemment modifié Mai, Juin, Juillet	Amélioration Rx à partir de Fév. 61 puis stabilité.	Fréquents signes de bronchite chronique	Stabilité

	2	3	4	5
M... Martine N° 7 bis Ψ. I. dépistée : 2 a 1/2 C.P.I. Mars 61 : 2 a 7 m. Opacité hilaire bilatérale	1 bronchite avant l'entrée R. pharyngite fréquente avec s. d'auscultation ++	s.de l'opacité hilaire G.	Pas de s. onctionnels mais respiration rude	Stabilité
B... Mohammed N° 8 bis Ψ.I. dépistée : 5 a 9 mois C.P.I. Déc. 60 : 5 a 11 mois Opacité hilaire bilatérale avec tractus périhilaire	1 bronchite en début de séjour puis RAS jusqu'à Oct. 1 bronchite traînante en nov. déc.	Accentuation des signes précédemment cités	Sensiblement R.A.S.	Maintien Rx D.D.B. au lipiodol
V... Mannick N° 9 bis Ψ.I. dépistée : 3 a 10 mois C.P.I. avril 61 : 4 a Opacité hilaire bilatérale surtout G et sus hilaire G.	R.T.B. en mai avec s. endoscopiques. Bronchite subaiguë en juillet avec signes bronchoscopiques +++ Bronchites à rechutes en sept. oct.nov.déc. avec s. endoscopiques	Régression des adénopathies en mai	Persistance de quelques signes d'auscultation	Maintien de la régression
C... Annick N° 10 bis Ψ.I. ? post vaccinale : 3 ans C.P.I. sept. 61 : 3 a 2 m. I.T.N.	Quelques signes d'auscultation à l'arrivée	R.A.S.	R.A.S.	R.A.S.
C... Françoise N° 11 bis Ψ.I. dépistée : 25 m BK + C.P.I. oct. 61 : 2 a 1/2 Opacité hilaire D + petit nodule antérieur	Bronchite subaiguë à 2 reprises	Régression Rx	Persistance de petits signes d'auscultation	Régression et densification
A... Gérard N° 12 bis Ψ.I. dépistée 2 ans 4 mois CP.I. mars 61 : 2 ans 9 mois Opacité hilaire bilatérale G. et segment dorsal L.S.G.	1 bronchite en décembre	Régression sous corticothérapie puis rebond et nouvelle régression	Respiration rude retrouvée aux différents examens de février-Mars	Stabilité Rx

DISCUSSION ET RESULTATS

1°- sur ces 15 enfants traités à partir du 10 janvier 1961 par le Phtalamate d'Ammonium et présentant quelques manifestations R. T. B. antérieures (manifestations nettement moins notables que celles concernant les enfants plus jeunes précédemment étudiés),

Nous avons obtenu les résultats suivants :

- huit n'ont plus présenté aucune manifestation R. T. B. sous traitement Pour six, ne peut être mis en cause l'amélioration tuberculeuse. Les images radiologiques s'étant déjà considérablement améliorées plusieurs mois avant le début du traitement pour certains; et pour d'autres ne se sont nullement modifiées (sans changement de l'état R. T. B.)
Dans un cas, la guérison a eu lieu malgré l'existence de grosses dilatations bronchiques.
Dans un cas de guérison, on a même noté l'apparition d'une opacité nouvelle.

- trois ont été améliorés sous traitement, l'évolution concomittante de la ρ étant la suivante :
  - Stabilité pour deux d'entre eux
  - Amélioration rapide dès l'entrée dans un cas.

- deux n'ont été que légèrement améliorés. Ces enfants d'ailleurs ne présentaient que peu de signes de déficience respiratoire antérieurs. L'évolution radiologique simultanée étant progressivement régressive.

- Dans un cas nous n'avons obtenu aucune amélioration sans que l'on puisse en imputer la cause à l'évolution tuberculeuse. Cette dernière évoluant régulièrement vers la guérison.

- Enfin un dernier cas ne peut être classé, les antécédents R. T. B. n'étant que très peu importants. On ne peut donc parler ni d'amélioration, ni d'échec.

En résumé : Il y a donc eu 11 enfants qui ont bénéficié du traitement par le PHTALAMATE D'AMMONIUM, soit 73 % des cas.

2°- L'étude comparative des deux groupes d'enfants traités et témoins montre :

Chez les sujets traités :

8 : rien à signaler
3 : persistance de quelques signes d'auscultation
2 : bronchites subaiguës de courte durée
1 : bronchites notables répétées
1 : inclassable

Chez les témoins :

2 : rien à signaler
4 : signes d'auscultation
2 : bronchites subaiguë
4 : R. T. B. à répétition

Chez aucun de ces enfants, l'évolution de la primo-infection ne mérite d'explications surajoutées et ne peut être en cause.

Résumons ces résultats en un tableau :

	R. T. B. à répétition	Bronchite subaiguë	Persistance d'une auscultation anormale	R. A. S.
Témoins: 12	4	2	4	2
	33 %	16 %	33 %	16 %
	49 %			
Sujets traités				
14	1	2	3	8
	7 %	14 %	21 %	57 %
	21 %			

EVOLUTION COMPARATIVE DES R. T. B. CHEZ LES ENFANTS DE 3 A 6 ANS TRAITES ET NON TRAITES par le PHTALAMATE D'AMMONIUM

CONCLUSIONS GENERALES

1°- Nous avons constaté l'importance des Rhino-trachéo-bronchites du jeune enfant et ses incidences néfastes sur son bon développement physique et psycho-moteur.

2°- Nous avons appliqué à 40 enfants un traitement de longue durée par le Phtalamate d'Ammonium, reconnu actif par d'autres auteurs sur le plan respiratoire.

3°- Comparativement nous avons suivi les incidents Rhino-trachéo-bronchiques chez 28 enfants absorbant un placebo témoin.

Ces expériences nous ont permis de constater :

A - l'amélioration notable de l'état broncho-pulmonaire antérieur dans 75% des cas environ.

B - l'action du produit chez les enfants traités par comparaison aux témoins

- parmi les enfants de 0 à 36 mois 78% (contre 13% chez les témoins) n'ont plus présenté d'accident respiratoire sous traitement au cours des 4 mois d'hiver.
- l'action est un peu moins nette chez les enfants plus grands, après 3 ans : 78% de cas favorables contre 49% chez les témoins.

C - l'innocuité du produit ;
aucun incident : digestif, cutané, nerveux, cardiovasculaire (pas d'effet hypotenseur) ne fut jamais noté.

D - la nécessité d'un traitement prolongé : plusieurs mois aux doses de Phtalamate d'Ammonium utilisées :

3 grammes par jour de 0 à 3 ans
4,5 grammes par jour de 3 à 6 ans

Sans danger, d'action favorable sur la débilité des voies respiratoires, le Phtalamate d'Ammonium est à utiliser entre les mois de Novembre et Mars chez les jeunes enfants présentant une fragilité Rhino-trachéo-bronchique, afin d'en pallier les manifestations pathologiques saisonnières si préjudiciables à leur bon développement physique et psycho-moteur.

D'ores et déjà, il importe de préciser l'avantage de cette thérapeutique inoffensive, permettant de réduire les indications et l'emploi des thérapeutiques hormonothérapiques ou antibiothérapiques, seules effectivement actives (mais non sans inconvénients ou dangers) sur les manifestations infectieuses de l'arbre respiratoire.

Vu le Doyen

L. Binet

Vu le président de Thèse

Pr J. Cathala

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris : J. Roche

BIBLIOGRAPHIE

QUEVAUVILLER et Mme S. DARGET :

Etude expérimentale du phatalamate d'ammonium

DESGREZ et H. SCHMITT :

Etude des propriétés pharmaco-dynamiques du phtalamate d'ammonium.

COMMUNICATION DU Dr DUHAMEL, chef de clinique du service de pneumo-phtisiologie de Vannes :

Association SPIROGENE et DELTA-CORTISONE dans le traitement des dyspnées asthmatiformes.

DUHAMEL-BARNIER-PERRON :

Traitement de 132 asthmatiques par le phtalamate d'ammonium (revue "L'HOPITAL" n° 656 - Mars 1956).

A. MOULIES (Bordeaux)

1) Le terrain asthmatique et les rhino-trachéo-bronchoses de l'enfance.. Essais thérapeutiques du phatalamate d'ammonium (PRESSE MEDICALE n° 53 - 26 nov. 1960)

2) Affections respiratoires : revue des articles médicaux.

RAMBERT :

Observations cliniques sur l'emploi du phtalamate d'ammonium dans l'emphysème, la dyspnée des obèses, l'asthme.